

KOD	YAYIN TARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SHB.FR.38	01.01.2017	----	0	Sayfa 1 / 1

Bilincim açık olarak, hastalığımın ne olduğu ve hangi muayene, tetkik, tedavi ve müdahalenin uygulanması gerektiği konusunda doktorumdan detaylı bilgi aldım. Bu tetkik, tedavi ve müdahaleyi kabul etmediğim zaman hangi tehlikelerin sağlığımı tehdit edebileceğini öğrendim.

Bütün bu bilgilendirmeye rağmen şahsıma herhangi bir muayene, tetkik, tedavi ve müdahale yapılmasını kendi rızamla reddediyor ve doğacak sorumlulukları üstleniyorum.

REDDİLEN MUAYENE/TETKİK/ MÜDAHALE /TEDAVİ

Açıklamayı Yapan Doktor Adı – Soyadı / İmza:

Hasta veya kanuni temsilcisinin Adı Soyadı- imzası:

Hasta yakınının (varsa) akrabalığı:

Şahitlik yapan(hasta yakını, yoksa hastane yetkilisi) adı-soyadı:

Şahitlik yapanın imzası:

Ev telefonu:

Cep telefonu:

Şahitlik yapan sağlık personelinin adı-soyadı:

Tarih:/...../201...

Saat: .../...